



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ວັນທີ:

ເລກລູກຄ້າ: _____

ພາສາ: _____

ໄຄງານ: _____

ທ່ານຕ້ອງສິ່ງຫລັກຖານມາໃຫ້ວ່າທ່ານໄດ້ສໍາເຮັດການຕົറາຄາປະເມີນຜົນການຕິດຢາສັບຕິດແລ້ວກ່ອນ _____
ວັນທີ

ທ່ານໄດ້ຖືກຕົറາຄາປະເມີນຜົນວ່າຕິດຢາສັບຕິດ ຫລື ໜ້າ. ທ່ານຕ້ອງໄດ້ສິ່ງຫລັກຖານມາໃຫ້ວ່າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມນຳການປິ່ນປົວການຕິດຢາສັບຕິດກ່ອນ
ວັນທີ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຮັດການຕົറາຄາປະເມີນຜົນ ແລະ ການປິ່ນປົວໃຫ້ສໍາເຮັດຕາມທີ່ຖືກປຶງໄວ້, ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສຳລັບຄົນຊາວາ, ຕານອດ, ຫລື ເສັງອົງຄະ
(ABD) ຂອງທ່ານຈະສັ້ນສຸດລົງໄດ້ຍົງຕາມກົດໝາຍ WAC 388-449-0220.

ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການເຮື່ອງການຕົറາຄາປະເມີນຜົນ ແລະ ການປິ່ນປົວຢາສັບຕິດຢູ່ໃນຂອດຂອງທ່ານລວມເອົາ:

ກະຮຸນາໄທຫາຂ້າພະເຈົ້າຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄໍາຖາມແນວໃດ ຫລື ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການເຮື່ອງການ
ຕົറາຄາປະເມີນຜົນ ຫລື ການປິ່ນປົວການຕິດຢາສັບຕິດຜູ້ທີ່ຖືກປຶງຢືນ.

ໄທຮະສັບ: _____

ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານຄວາມເສັງອົງຄະ

ເວລາ

CSO: _____